

Kopfschmerz im Kindes- und Jugendalter

Die familiäre und soziale Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen war ein Thema des IV. International Congress on Headache in Childhood and Adolescence (ICH-CA), der vom 2. bis 4. September 1999 in Turku, Finnland, stattfand. Organisiert wurde dieser Kongress von der pädiatrischen Sektion der International Headache Society (IHS). Ziel dieser Kongressreihe ist es, eine Plattform für den wissenschaftlichen, internationalen Austausch über Spannungskopfschmerzen und Migräne im Kindes- und Jugendalter bereitzustellen. Vor Ort veranstaltet wurde der Kongress von *M. Sillanpää*, einem der Pioniere auf dem Gebiet der epidemiologischen Forschung zur kindlichen und juvenilen Migräne.

Genetik, Diagnostik und Komorbidität

Zur Untersuchung der genetische Anteile bei Migräne und Spannungskopfschmerzen führte *D. Svensson*, Stockholm, Zwillingsstudien, auf der Grundlage des mit 70 000 Paaren einzigartigen schwedischen Zwillingsregisters durch. Wenngleich solche Zwillingsstudien Hinweise auf einen hereditären Faktor liefern, können bisher nur sehr wenige eindeutige Befunde hinsichtlich der chromosomalen Topologie vorgelegt werden. Einzig bei der sehr seltenen so genannten familiär-hemiplegischen Migräne, bei der es während einzelner Attacken zu Hemiparesen und teilweise zu Bewusstseinsstörungen kommen kann, lassen sich in manchen Fällen auf dem Chromosom 19p13 Variationen lokalisieren. Der dispositive Aspekt für Migräne schlägt sich in der veränderten Funktion von Ionenkanälen nieder.

Die IHS-Richtlinien schlagen als ein Kriterium für eine Migränediagnose bei Erwachsenen eine mindestens zweistündige Zeitspanne des

Schmerzanfalls vor. Die klinische Erfahrung bei Kindern und Jugendlichen zeigt allerdings, dass auch kürzere Migräneanfälle nicht selten vorkommen. Es wurde vorgeschlagen, das Kriterium für die Zeitspanne einer Migräneattacke in den IHS-Richtlinien bei Kindern und Jugendlichen auf eine halbe Stunde zu reduzieren. Für eine möglichst exakte Differenzialdiagnose sollten die Kinder beziehungsweise Jugendlichen über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen ein Kopfschmerztagebuch mit Angaben über Häufigkeit, Zeitdauer, Stärke, Lokalisation und Begleitsymptome der Beschwerden führen. Da sinnvollerweise Spannungskopfschmerzen und Migräne als „dynamical diseases“ konzeptionalisiert werden, ist der temporale Aspekt des Krankheitsgeschehens von besonderer Bedeutung.

Eine italienische Forschergruppe berichtete bei chronischen Spannungskopfschmerzen (durchschnittliche Kopfschmerzhäufigkeit mehr als 18 Tage pro Monat) eine psychiatrische Komorbidität von 80 Prozent. In der zugrunde liegenden Untersuchung wurden Patienten eines Kinder-Kopfschmerz-Zentrums, angegliedert an eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, befragt. Die klinische Erfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt, dass zum Beschwerdebild vieler „Störungen“ Kopfschmerzen gehören. Es ist schwierig, eindeutige Zusammenhänge zwischen eher „weichen“ psychosozialen Faktoren und dem Krankheitsgeschehen aufzuzeigen. Dies fällt bei eher „harten“ biomedizinischen Variablen (zum Beispiel Allergien) leichter, so *F. Andrasik*, einer der Pioniere der psychologischen Therapieverfahren bei kindlichen Kopfschmerzen. Dennoch wird in der metaanalytischen Literatur zur psychosozialen Komorbidität ein moderater Zusammenhang zwischen Spannungskopfschmerzen und psychosozialen Aspekten berichtet,

der sich jedoch nicht bei Migräne herstellen lässt. Von Bedeutung für die Diagnose und Therapieplanung können etwa familien- und sozial-anamnestiche Daten (zum Beispiel Trennung der Eltern, Tod eines Elternteils, Wohnortwechsel) und Informationen zu den aktuellen psychosozialen Kontexten (beispielsweise schulische und häusliche Situation) sein.

Epidemiologie und Therapie

Die Prävalenzrate von Spannungskopfschmerzen und Migräne ist über die letzten zwanzig Jahre in den Industriestaaten stetig angestiegen. Für die Länder der Europäischen Union liegt die Prävalenz von Migräne, der häufigsten neurologischen Erkrankung im Kindesalter, bei zehn Prozent. In Ergänzung dazu ergab eine aktuelle Studie, dass knapp 90 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von acht bis 16 Jahren Kopfschmerzerfahrung haben. Diese Ergebnisse belegen noch einmal die aktuelle Relevanz und Notwendigkeit der Beschäftigung mit Kinderkopfschmerzen sowohl in der Theorie als auch in der Praxis.

Zur akuten medikamentösen Behandlung von schweren Migräneattacken bei Kindern und Jugendlichen scheinen nach dem aktuellen Stand der Forschung die Triptane, wie das von *M. Überall* vom Universitätskrankenhaus Erlangen empfohlene nasale Sumatriptan, die Therapeutika der Wahl zu sein. Bei leichteren Migräneattacken (mit langsamem initialen Schmerzanstieg, niedriger Intensität, mäßigen oder fehlenden Begleitsymptomen) werden bewährte Analgetika wie Ibuprofen, Paracetamol oder ASS oder Antimimetika wie Domperidon, empfohlen. Von Ergotaminderivaten wird inzwischen aufgrund der Nebenwirkungen eher abgeraten.

Jede medikamentöse Behandlung sollte jedoch von einem nichtmedikamentösen Ansatz begleitet werden. *A. M. Rapoport* empfiehlt eine Patienten- und Elternaufklärung, das Führen von Kopfschmerztagbüchern, Diäten, körperliche Bewegung, Vitamine und den Einsatz psychologischer Verfahren wie Entspannungstrainings.

Psychologische Entspannungsverfahren, wie etwa das Biofeedback, zählen inzwischen zu den, in vielen Studien empirisch evaluierten, effektiven Therapien zur Behandlung von Spannungskopfschmerzen und Migräne. Dennoch hat nur ein verschwindend kleiner Teil der Kinder und Jugendlichen, die den Hausarzt oder Pädiater mit zephalalgischen Beschwerden aufsuchen, die Möglichkeit, mit einem Entspannungstraining behandelt zu werden. Dies liegt zum Teil daran, dass die ausgezeichneten Behandlungserfolge von Entspannungstrainings den meisten Ärzten noch nicht bekannt sind. Teilweise fehlt es aber auch an einer wirkungsvollen Vernetzung und Kooperation zwischen Kinderärzten und psychosozialen Fachkräften, die professionell Entspannungsverfahren anbieten können. Eine Verbesserung der interdisziplinären Kooperation zwischen medizinischen und psychosozialen Profis ist hier unbedingt erforderlich.

Familiäre und soziale Dimension

Die medikamentöse Behandlung hat sich als effektiv bewährt und wird weiter optimiert. Dasselbe gilt für psychologische Entspannungsverfahren. Die systematische Erforschung der Rolle der Familie und anderer sozialer Systeme bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Genese der Beschwerden steht jedoch noch am Anfang. *M. Siniatchkin* vom Forscherteam um *W. D. Gerber* von der Abteilung für Medizinische Psychologie in Kiel, erläuterte das familienexperimentelle Paradigma mit Hilfe dessen gezeigt werden kann, dass das Interaktionsverhalten von Eltern und „Migränekindern“ sich signifikant von dem Interaktionsver-

halten von Eltern mit gesunden Kindern und von Eltern mit einem Kind mit Asthmabeschwerden unterscheidet. „Migräneeltern“ wirken punitiver und kontrollierender auf ihre Kinder ein. Diese statistisch signifikanten Resultate ergaben sich interessanterweise aus einem untersuchungstechnischen Vorgehen, wie man es aus der experimentalpsychologischen Grundlagenforschung kennt. Unklar bleibt, ob das Verhalten der Kinder ein Resultat des Verhaltens der Eltern ist oder umgekehrt. Es gibt deutliche empirische Indizes dafür, dass „Migränekinder“ schon im Säuglings- und Babyalter hyperaktive Tendenzen zeigen. Darauf von elterlicher Seite mit kontrollierendem oder auch punitivem Verhalten zu reagieren, mag zumindest nicht unverständlich sein. Die mögliche vorschnelle Schlussfolgerung aus den Ergebnissen von *M. Siniatchkin*, die Eltern seien aufgrund ihrer Verhaltensweisen „Schuld“ an der Migräne ihres Kindes, ist also sicher nicht zulässig. Wahrscheinlich müssen hier transaktionale beziehungsweise zirkuläre anstatt lineare Interaktionsprozesse zugrunde gelegt werden. Die Frage, was aus solchen Familienexperimenten für die konkrete Kopfschmerz-beziehungsweise Migränetherapie folgt, führt unweigerlich zu familientherapeutischen Ansätzen. An der Psychosomatischen Klinik des Uniklinikums Heidelberg wird von dem Forscherteam um *H. Seemann* und *J. Schweitzer* momentan genau ein solcher Ansatz der systemisch/familientherapeutischen Beratung bei Migräne und Spannungskopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter entwickelt und erprobt.

Aber auch die bereits erwähnte ansteigende Prävalenz führt zu sozialen Faktoren als Antwort auf die Frage nach den Kontextparametern, die hierfür zur Erklärung herangezogen werden können. Kinder mit Kopfschmerzen oder Migräne berichten beispielsweise immer wieder von hohen Belastungen durch die Familie, die Schule oder durch zu viele Freizeitaktivitäten. In Übereinstimmung damit formulierte *M. Siljanpää*, dass die sozialen Rahmenbedingungen einer postmodernen Lei-

stungs- und Informationsgesellschaft möglicherweise ein günstiges Milieu für die Genese von Migräne und Spannungskopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter darstellen.

Untersuchungen zur Bedeutung familiärer Faktoren oder größerer sozialer Systeme bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Genese von Spannungskopfschmerzen und Migräne im Kindes- und Jugendalter, nehmen momentan in der neuropädiatrischen Scientific Community noch Orchideenstatus ein. Eine größere Aufgeschlossenheit für innovative systemorientierte Ansätze komplementär zur bewährten medikamentösen Herangehensweise wäre sehr wünschenswert. Voraussetzung hierfür ist, dass einerseits die Rolle familiärer und sozialer Faktoren und andererseits die Wirksamkeit von Familientherapie bei Kinderkopfschmerzen, empirisch belegt und nachvollzogen werden kann. Hierfür eignen sich nicht etwa Plazebo-Doppelblind-Studien, wie sie zum Effektivitätsnachweis von Medikamenten eingesetzt werden. Das Methodenrepertoire sozialwissenschaftlicher Evaluationsforschung stellt eine Fülle von Vorgehensweisen, wie qualitative Methoden (zum Beispiel qualitative Inhaltsanalyse, Grounded Theory) Methoden zur Erfassung von Patienten-beziehungsweise Kundenzufriedenheit, Interview- und Fragebogenverfahren zur Verfügung. Diese Methoden sind nicht weniger „wissenschaftlich“, als etwa die angesprochenen Plazebo-Doppelblind-Studien, wie jeder epistemologisch orientierte Wissenschaftstheoretiker bestätigen wird.

Weitere Informationen im Internet

www.i-h-s.org/ihsnew/frameset.htm
www.med.uni-heidelberg.de/psycho/medpsych/index.htm

Dipl.-Psych. Matthias Ochs
 Universitätsklinikum
 Psychosomatische Klinik
 Abteilung für Medizinische Psychologie
 Bergheimer Straße 20
 69115 Heidelberg
 E-Mail: Matthias_Ochs@med.uni-heidelberg.de